In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful

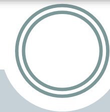








TUBERCULOSE GENITALE



PR DJENAOUI
DR ALILECHE

DEFINITION



- C'est la localisation au niveau des organes génitaux féminins de Mycobacterium tuberculosis ,agent pathogène de la tuberculose humaine.

INTERET



- La tuberculose sévit à l'état endémique dans notre pays, toutefois, le diagnostic précoce des infections a permis d'améliorer le pronostic notamment en matière de fertilité .
- La tuberculose génitale reste une grande pourvoyeuse de stérilité féminine.

PATHOGENIE



- Agent pathogène: Mycobacterium Tuberculosis
- Age de survenue:

  -formes découvertes au cours de la période d'activité génitale(20-35ans) → quasi totalité des cas.

  -formes pré pubertaires : exceptionnelles

  -formes post ménopausiques: en nette progression(sujets non vaccinés par le BCG)
- Voies de contamination:

  -hématogène: secondaire , au cours de la période métastatique de la primo infection

  -lymphatique : gg mésentériques

  - par contigüité à partir d'un foyer urinaire ou digestif (plus rare)

  -primitive : exceptionnelle par voie ascendante → rechercher un contage vénérien.

ANATOMO-PATHOLOGIE

- La lésion histologique: granulome tuberculeux fait de cellules épithéloides , de cellules géantes de Langhans et d'une nécrose caséeuse.
- L'atteinte des organes génitaux est variable:

l'atteinte des trompes est constante, par voie hématogène, tjrs bilatérale.

les lésions sont multiples : hydro, pyosalpinx et de là l'extension se fait de proche en proche vers :

Le péritoine ==) pelvipéritonite tuberculeuse (péritoine congestif parsemé de granulations jaunâtres)

L'endomètre ==) atteint ds 80% des cas, endométrite tbc

-la biopsie peut être nle alors que les trompes sont atteintes

-cicatrisation par sclérose d'où les synéchies(disparition de l'endomètre et accolement du chorion ss jacent)

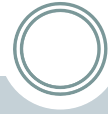
L'extension vers le col, vagin , ovaires est plus rare.

CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE



- Le plus souvent à l'occasion d'une consultation pour stérilité , le plus souvent primaire, isolée chez une femme entre 25 et 35ans.
- Moins souvent aménorrhée primaire ou plus souvent secondaire.
- Parfois, dans le cadre d'un bilan étiologique d'une salpingite ou de douleurs pelviennes.

CLINIQUE



- TDD : formes latentes, les +fréquentes

Le +svt il s'agit d'une femme en âge de procréer qui consulte pour stérilité primaire , isolée.

Parfois, l'interrogatoire permet de révéler un certain nombre d'élts:

-la primo-infection sera le +svt passée inaperçue.

-notion de contage ou bien d'hospitalisation pour sd douloureux abdominal ou appendicectomie .

-du point de vue gynéco: rechercher un trble du cycle type d'Oligo voire aménorrhée.

L'examen clinique sera , lui, normal.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES



- ***CERTAINS SONT D'ORDRE GENERAL:***

-***IDR*** *à la tuberculine*,***NFS,VS***=normales dans les formes séquéllaires.

-***RADIOGRAPHIE DU THORAX***=peut trouver des traces de primo infection.

- ***D'AUTRES SONT SPECIFIQUES A LA TUBERCULOSE:***

**Biopsie de l'endomètre : en fin de cycle ,juste avant les règles

Histo : follicule de koester

Bactério : après culture sur milieux spéciaux==)mise en évidence du BK

**Culture du sang des règles : svt négative à répéter.

Ces 2 examens sont souvent négatifs car la tuberculose génitale est pauci bacillaire.

- ***D'AUTRES SONT IRREMPLACABLES:***

*****Hystérosalpingographie:***

Premier examen à demander dans l'exploration d'une stérilité.

Il doit se faire en dehors de tout signe d'infection avec asepsie rigoureuse et sous couverture ATB

-L'ASP peut montrer des calcifications de l'aire pelvienne.

-Les anomalies utérines ne sont pas fréquentes:

*utérus le +svt normal

*parfois des synéchies : aspect pseudo malformatif en trèfle , pseudo unicorne ou image en doigt de gant qd la synéchie est totale(pas d'opacification utérine)

*l'injection vasculaire signe l'évolutivité de la TG



-Les anomalies tubaires sont constantes mais pas tjrs évocatrices:

*image moniliforme ou en chapelet(trompes rigides avec succession de dilatations et de sténoses)

*image en canne de golf(trompes rétrécies, extrémités obturées , peu dilatées)

*image en boules de gui , mie de pain (aspect pseudo diverticulaire, ulcérations pariétales)

*critères d'évolutivité: gros plis longitudinaux, bords flous

- *****Cœlioscopie:***

Rentre svt dans le cadre de l'exploration d'une stérilité

Elle peut montrer:

*des adhérences pelviennes recouvrant les organes génitaux.

*rarement, des granulations blanchâtres multiples.

*souvent un aspect banal des lésions.

Elle permet la pratique de prélèvements histologiques et bactériologiques.

- AU TOTAL:

-dans 50% des cas le diagnostic est histo-bactériologique.

-dans les autres cas , on se base sur un faisceau d'arguments clinico-hystérosalpingraphico-coelioscopiques!

EVOLUTION



- Sous traitement : guérison mais avec séquelles:

-stérilité définitive

-aménorrhée

-douleurs chroniques

- Sans traitement:

-peut évoluer à bas bruit et rester latente

-peut se compliquer:*ascite

*pelvipéritonite

*fistule,…

-ces complications sont plus fréquentes à l'occasion d'événements de la vie génitale :accouchements , menstruations,……

TRAITEMENT



- ***Médical:***

- schéma 2ERHZ/4RH

-institué dans tous les cas ou la TBC est prouvée bactériologiquement ou histologiquement.

-à discuter quand il existe un fx d'arguments sans preuve bactériologique.

- ***Chirurgical:***

-jamais en 1ère intention

-s'adresse aux énormes pyosalpinxs

-ne s'envisage jamais dans le trt de la stérilité car non seulement il n'est pas utile mais en plus dangereux car il risque d'entrainer une flambée tuberculeuse.